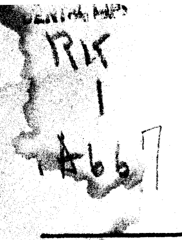


6me ANNÉE — N° 50 — FÉVRIER 1900.

# ARCHIVES NATIONALES

DE

# STOMATOLOGIE

ET

# D'ART DENTAIRE

**PARAISSANT TOUS LES MOIS**

**Organe de l'École et des Praticiens de la Province**

Il sera rendu compte des ouvrages et thèses dont il sera adressé deux exemplaires et des appareils dont il sera envoyé un spécimen.
Les auteurs de travaux originaux ont droit à 50 exemplaires tirés à part.

SOMMAIRE



PRIX DE L'ABONNEMENT

**UN AN (FRANCE ET ÉTRANGER) : 5 F. — PRIX DU NUMÉRO : 50 C.**

RÉDACTION ET ADMINISTRATION

**Bordeaux — 226, Rue Sainte-Catherine, 226.**

**M. Louis SEIGLE, Administrateur.**

**M. Lucien CLERC, Secrétaire de la Rédaction.**

# ÉCOLE ET CLINIQUE DENTAIRES DE BORDEAUX

**226, rue Sainte-Catherine, 226**

La direction générale des études est basée sur le programme qui orme l'art. 3 du décret du 25 juillet 1893. La scolarité est de trois ans.

L'Ecole admet à titre d'Elèves :

1. Les Étudiants qui postulent le diplôme d'État.
2. Les Étudiants d'une autre École dentaire jouissant des mêmes droits, munis de leurs inscriptions et de leurs examens de fin d'année.
3. Les Étudiants en médecine, après transformation de leurs inscriptions.
4. Les Étudiants en médecine munis de douze inscriptions.
5. Les Praticiens patentés avant la loi de 1892, voulant préparer le diplôme d'État.
6. Les Étrangers ou ceux qui ne désirent pratiquer qu'à l'étranger.

Les aspirants au diplôme d'Etat doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

L'École donne des inscriptions spéciales aux élèves ne désirant pratiquer qu'à l'étranger. Ces inscriptions ne sont pas valables devant les Facultés ; leur remise donne droit au diplôme de l'École dentaire.

---

# CLINIQUE DENTAIRE DU MATIN

**Par MM. les Professeurs :**

LUNDI : **PHÉLIPEAU,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Professeur adjoint.
Chef de Clinique : M. DELAGE-DAMON, chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.
M. FAYOUX, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris, professeur libre.
M. MORTUREUX, démonstrateur.

MARDI : **SEIGLE** aîné, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Chef de Clinique : CAYROL, chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux.
M. PEYRE, démonstrateur.

MERCREDI : **BRUGEILLE,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Docteur en Chirurgie dentaire, du Maryland.
M. DEHILOTTE, démonstrateur.

JEUDI : Dr **ROLLAND.**
Chef de Clinique : M. CLERC, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Lauréat de l'Ecole.
MM. FICHOT, CHEURIER, démonstrateurs.

VENDREDI : **OUBRERIE,** professeur adjoint, Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux
BELLOTEAU, DELBÈS, démonstrateurs.

SAMEDI : **MARRONNEAU,** Chirurgien-dentiste , Professeur adjoint.
DAIGRE, démonstrateur.

A la Clinique du matin est attaché M. **LASSSAQUE,** Chirurgien-dentiste de la Faculté de Bordeaux, Chef des travaux de Dentisterie, Surveillant général de l'Ecole.

## COURS THÉORIQUES DU SOIR

**Professés à la Faculté de Médecine de Bordeaux.**

SEMESTRE D'HIVER

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| LUNDI | Dr **DUMUR** Ancien chef de clinique médicale, Médecin des hôpitaux. | **Pathologie interne** | 8 heures | Faculté |
| | **Louis SEIGLE** Chirurgien-dent. | **Prothèse théorique** | 8 heures | Faculté |
| MARDI | Dr **PRINCETEAU** Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chef des travaux anatomiques, chirurgien des hôpitaux. | **Anatomie générale** | 8 h. 3/4 | Faculté |
| MERCREDI | Dr **ROLLAND** Directeur de l'Ecole | **Anesthésie** | 4 heures | Ecole |
| | Dr **PEYTOUREAU** Docteur en médecine, docteur ès-sciences. | **Thérapeutique** | | |
| JEUDI | **DENOYER** chirurgien-dentiste | **Conférence** | 6 heures | Ecole |
| VENDREDI | **OUBRERIE** chirurgien-dentiste | **Conférence** | 4 heures | Ecole |
| SAMEDI | Dr **FROMAGET** Ex-chef de clinique à la Faculté. | **Pathologie externe** | 5 heures | Ecole |
| | Dr **PACHON** Professeur agrégé à la Faculté de médecine. | **Physiologie** | 6 heures | Faculté |

ARCHIVES NATIONALES

DE

# Stomatologie et d'Art dentaire

SOMMAIRE



# ROLE DES ANESTHÉSIQUES

**dans les caries du troisième degré.**

(3e Article)

## Chlorydrate de Cocaïne

La cocaïne, $C^{17} H^{21} Az O^4$ est une substance qui cristallise en prismes rhomboïdes incolores, elle est inodore, de saveur amère. Réaction alcaline. Soluble dans l'alcool et l'éther, se dissout dans 20 fois son poids d'eau. Combinée avec les acides, elle forme le sulfate et le chlorydrate de cocaïne, c'est ce dernier qui est employé en anesthésie.

La cocaïne est extraite des feuilles d'une plante de la famille des linacées, l'erytroxylon coca qui est un petit arbuste racineux, que l'on rencontre au Pérou, dans la Bolivie et au Brésil. Ses feuilles sont minces et fragiles, d'une couleur brun clair. Il croît à l'état sauvage ou cultivé.

L'historique remonte à très loin ; ce sont les mâcheurs de coca de l'Amérique du Sud qui remarquèrent l'insensibilisation de la cavité buccale produite par les feuilles de ce végétal.

Au point de vue médical, ce fut Wedel qui, en 1853, signala la cocaïne, qui fut isolée par Gardeke, puis par Niéman, en 1860. Ce fut le 15 septembre 1884, au congrès d'ophtalmologie de Heidelberg, que la cocaïne, grâce à Karl-Koller (de Vienne) fit son apparition. En effet, après avoir étudié les propriétés de

cet alcaloïde, Koller vit que les yeux étaient les organes sur lesquels la cocaïne avait le plus d'effet.

L'action analgésiante de la cocaïne réside dans un effet spécial sur les terminaisons nerveuses qui sont directement touchées par cet agent, et par conséquent altérées passagèrement. L'action est d'autant plus vive que l'élément nerveux est mieux assuré, c'est pourquoi la muqueuse de la conjonctive et de la cornée sont les plus impressionnées, car ce sont elles qui sont les plus riches en terminaisons nerveuses.

La cocaïne a soulevé de nombreuses discussions chez les physiologistes, certains lui ont prétendu une action sur les centres nerveux — d'où ils concluaient qu'elle était un anesthésique général, mais P. Régnard n'admet cette influence qu'à des doses auxquelles bien d'autres substances agissent sans être des anesthésiques. Bref, la cocaïne est le favori des chirurgiens, en temps qu'anesthésique local.

Pour les extractions dentaires le chlorydrate de cocaïne est employé en solutions variables de 1 à 5 o/o, c'est par injection hypodermique qu'il est mis en pratique.

Depuis longtemps déjà les chirurgiens-dentistes utilisent le chlorydrate de cocaïne pour le traitement des caries. Dans les caries du deuxième degré, il ne rend pas de très grands services, car son action sur la dentine est très faible, nous l'avons utilisé pour l'insensibilisation de la pulpe ; pour l'extraction immédiate, là non plus il ne donne pas entière satisfaction ; c'est surtout dans les pansements arsenicaux qu'il rend des services signalés ; comme procédé opératoire, il est le même que celui du chlorydrate de morphine, tout comme lui sans empêcher l'action caustique de l'acide arsénieux, il en empêche la douleur.

Dans le traitement des pulpites il est d'un usage fréquent, car son action est réellement bienfaisante, c'est souvent lui qui prépare la pulpe au pansement arsenical.

Lucien Clerc.

*Chirurgien dentiste,*

*Chef de Clinique*

(à suivre)

# LEÇONS SUR L'ANATOMIE DE LA BOUCHE

**Professées par le Docteur G. ROLLAND**

6e LEÇON

## ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

MESSIEURS,

J'avais l'intention d'employer cette leçon à la description des muscles masticateurs, mais j'ai cru qu'il entrait mieux dans la logique de mon plan de compléter les particularités *squelettiques* qui vous expliqueront plus tard le rôle des segments osseux l'un sur l'autre, avant d'étudier les éléments particuliers qui les font agir. Aussi vais-je décrire devant vous l'articulation temporo-maxillaire avant les muscles destinés à mettre en jeu cette articulation.

### Définition.

Cette articulation est une double condylienne. Elle appartient à la classe des diarthroses.

D'après Cruveilher les diarthroses ont pour caractère de présenter : *des surfaces* articulaires contigües ou libres, configurées de manière à se mouler exactement les unes sur les autres ; ces surfaces articulaires sont toutes pourvues de *cartilages d'encroûtement,* de *synoviales*, de *ligaments périphériques ;* toutes exécutent des mouvements.

La classe des diarthroses est la plus fréquente de l'économie. Elle se subdivise en plusieurs genres, dont celui des condyliennes où se classent l'articulation de l'*avant-bras avec la main,* de la *mâchoire inférieure* avec le temporal.

Les articulations condyliennes ont pour caractère de présenter comme *surfaces articulaires* : une tête allongée ou *condyle,* reçue dans une cavité elliptique; comme moyen d'union des ligaments, deux, quatre, voire même une capsule, mais à prédomi-

nance de deux ligaments principaux, et enfin comme *mouvements :* la flexion, l'extension, l'abduction, l'adduction et la circumduction ; seule, la rotation manque.

Ces généralités nous ont paru nécessaires avant de décrire cette articulation temporo-maxillaire qui, formée ainsi que l'indique son nom, de deux os, le temporal et le maxillaire inférieur, unis en charnière à leur point de jonction, rend possibles tous les mouvements de la mâchoire inférieure et par conséquent de la bouche.

## Surfaces articulaires.

### 1° Du côté du maxillaire inférieur.

Ce sont deux condyles, saillies aplaties d'avant en arrière, dont le grand diamètre latéral présente deux centimètres environ. Ce grand diamètre est presque transversal, il est légèrement oblique d'avant en arrière, de dehors en dedans, et si chacun était prolongé par une ligne, ces deux lignes viendraient s'entrecroiser un peu en avant de la partie centrale du trou occipital.

### 2° Du côté temporal.

Nous trouvons la cavité glénoïde et la racine transverse de l'arcade zygomatique.

*La cavité glénoïde*

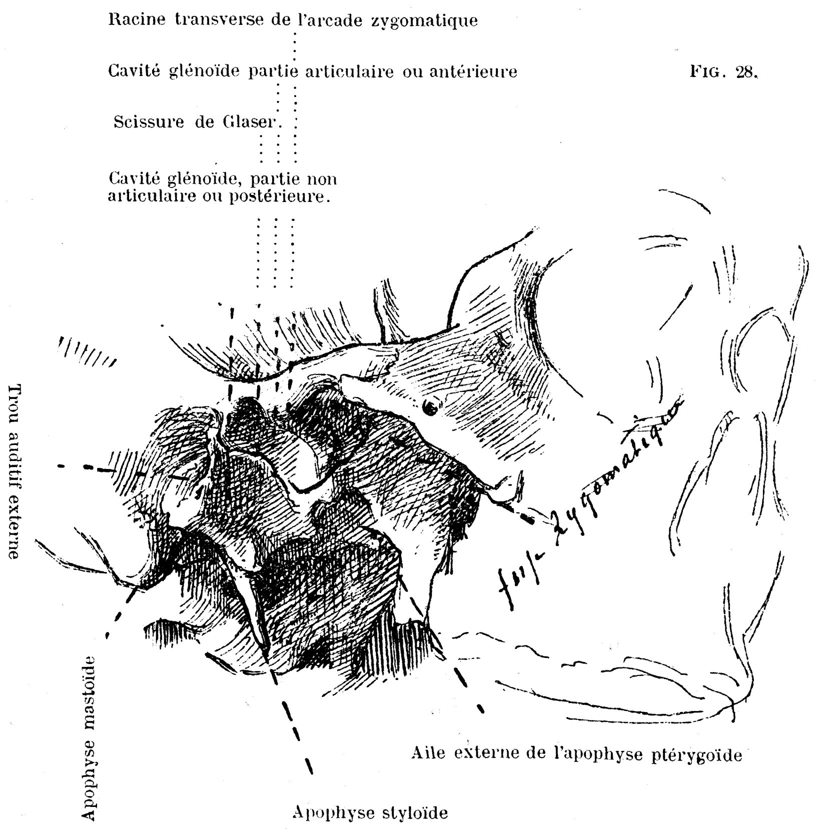
Est limitée en avant, par la racine transverse de l'apophyse zygomatique ; en arrière, par la paroi inférieure du conduit auditif externe ; en dehors, par la racine antéro-postérieure de l'apophyse zygomatique ; en dedans, par l'épine du sphénoïde et par l'apophyse styloïde ; sa forme est donc quadrangulaire.

Ajoutez à ceci la grande profondeur cavitaire et vous vous rendrez compte de la grande disproportion qui existe entre le condyle et la cavité qui doit le recevoir. Cette cavité, de plus de deux centimètres et demi dans son plus grand diamètre, est deux ou trois fois plus grande qu'il ne convient. Aussi n'est-elle point articulaire dans sa totalité. Elle est divisée en deux portions égales par une fente transversale, *la scissure de Glaser*.

La partie postérieure à la scissure de Glaser correspond au conduit auditif externe. Elle n'est en rapport qu'avec le tissu cellulo-graisseux ; elle est étrangère à l'articulation et en dehors de la synoviale.

La partie antérieure à la scissure de Glaser est évidée, lisse et articulaire. Elle est constituée par la *racine transverse de l'arcade zygomatique*, qu'on a dénommée quelquefois et fort heureusement le *condyle du temporal*. Cette dénomination, si vous vous souvenez que nous avons défini le condyle *une tête allongée*, ne vous semblera pas une hardiesse si vous considérez la forme légèrement arrondie, convexe dans le sens antéro-postérieur de cette saillie transversale que forme la racine transverse de l'arcade zygomatique, si bien comparable à un condyle sessile et transversal.

Sappey fait remarquer que la partie articulaire de la cavité glénoïde et la racine transverse représentent un quadrilatère dont l'étendue transversale est de 18 à 20 millimètres, l'étendue antéro-postérieure est de 22 à 24 millimètres.




**Aspect de la cavité glénoïde. — Côté droit de la face.**

On trouve chez l'homme et chez les ruminants cette disproportion que je signale entre la cavité glénoïde et les condyles du maxillaire, tandis que chez les rongeurs et les carnassiers, le volume et la forme du condyle sont en proportion rigoureuse avec la capacité et la configuration de la cavité de réception.

*Chez les carnassiers,* les condyles sont oblongs transversalement ayant tous deux leur grand axe sur la même ligne ; ils sont reçus dans une cavité très profonde.

*Chez les rongeurs,* le grand diamètre des condyles est dirigé d'arrière en avant.

*Chez les ruminants,* la cavité glénoïdienne est plane, ainsi que la tête du condyle ; la saillie de la racine transverse est à peine marquée.

Chez l'homme qui est omnivore, il y a en quelque sorte combinaison de ces diverses dispositions.

Telles sont donc les deux surfaces qui vont se mouvoir l'une sur l'autre, par conséquent la face antérieure du condyle, seule face articulaire, est revêtue à l'état frais de fibro-cartilage et l'apophyse transverse de l'arcade zygomatique est également revêtue d'un fibro-cartilage ; les autres parties osseuses non articulaires sont revêtues de périoste.

## Moyens d'union.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous faire remarquer, Messieurs, que vous avez ici un cas unique. Vous ne rencontrerez nulle part ailleurs dans l'organisme, deux surfaces convexes roulant l'une sur l'autre. Ces surfaces convexes ne présenteraient qu'instabilité, et aucun rapport articulaire ne pourrait s'établir efficacement entre elles, si un disque fibreux rétablissant les dispositions ordinaires d'une articulation ne s'interposait, se moulant exactement en bas sur le condyle, en haut sur la facette articulaire du temporal. C'est le ménisque inter-articulaire.

Les moyens d'union et de glissement sont donc :

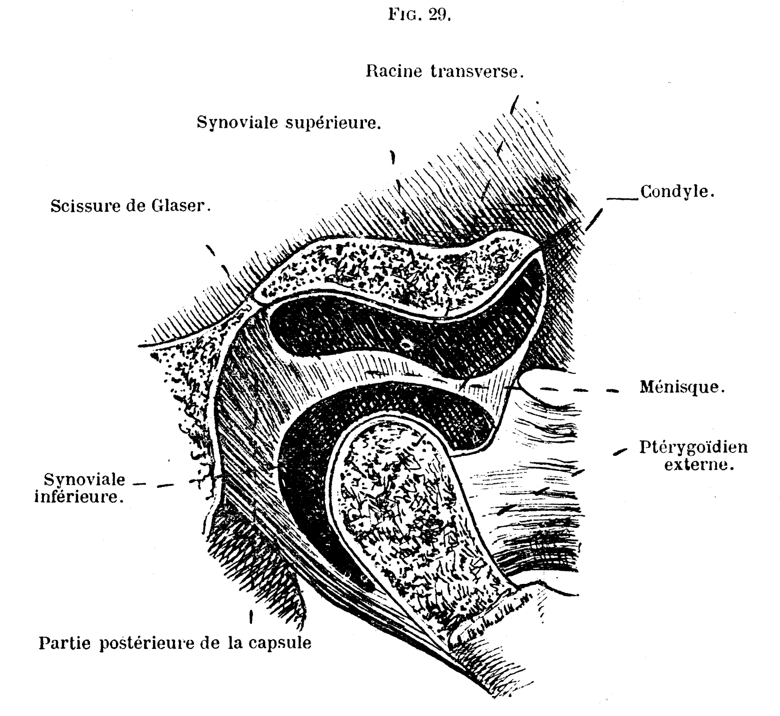
Le ménisque inter-articulaire ;
Les ligaments capsulaires.

| | | |
|---|---|---|
| — | latéraux. | externe. |
| | | internes (dits accessoires). |

**Le ménisque inter-articulaire,**

Est un disque fibreux, de forme élliptique, allongé transversalement. Ce disque est revêtu d'une couche de cartilages sur ses faces articulées avec les os ; il est épais à sa circonférence, surtout en avant et en arrière et quelquefois percé d'un trou à son centre. Il a la forme d'une lentille biconcave, avec cette particularité, que sa face antéro-supérieure est alternativement convexe pour répondre à la cavité glénoïde, tandis que la face postéro-inférieure moulée sur le condyle, est concave.

FIG. 29.




**Articulation temporo-maxillaire.**
**Coupe verticale antéro-postérieure.**

Gosselin a fait remarquer que le ménisque se dirigeait de haut en bas et d'arrière en avant.

Les extrémités externes et internes du ménisque se recourbent en bas et se fixent l'une et l'autre à l'aide de minces faisceaux fi-

breux aux extrémités correspondantes du col du condyle. Il s'ensuit que le ménisque fibreux accompagne toujours le condyle dans les différents mouvements de l'articulation temporo-maxillaire. Il le suit dans ses mouvements.

De cette façon, vous le comprenez bien, se trouve rétablie l'harmonie de l'articulation, la tête convexe du condyle maxillaire correspond à la cavité concave méniscoïde, et la racine transverse également convexe du temporal (le condyle temporal) se moule sur la concavité de ce ménisque inter-articulaire biconcave.

**Ligaments.**

D'abord une *Capsule fibreuse*, véritable manchon s'insérant :

En haut, en avant, au bord antérieur de la racine transverse de l'arcade zygomatique ;

En arrière, au fond de la cavité glénoïde, en avant de la scissure de Glaser ;

En dehors, sur le tubercule zygomatique ;

En dedans, sur le côté externe de l'épine du sphénoïde.

En bas, sa circonférence, moins étendue, se fixe au col du condyle.

Elle enveloppe le fibro-cartilage et les deux synoviales.

*Ligament latéral externe.* — C'est un faisceau fibreux très fort, renforçant la partie externe de la capsule. Il est dirigé obliquement de haut en bas, d'avant en arrière, de dehors en dedans. Il s'attache en haut, au tubercule zygomatique, en bas, à la partie externe du col du condyle. Par sa face interne il adhère encore au fibro-cartilage.

*Ligaments latéraux. internes ou accessoires.* — Testut les nomme ainsi parce qu'ils ne prennent « qu'une part bien secondaire à l'articulation. ». En réalité, il n'existe pas pour l'articulation temporo-maxillaire, de ligament latéral interne distinct du ligament capsulaire. Un tel ligament ne répondrait à aucun besoin, les deux articulations temporo-maxillaires étant solidaires l'une de l'autre, et le ligament latéral externe d'un côté, remplissant le rôle d'un véritable ligament latéral interne pour le côté opposé.

Ces ligaments internes et accessoires sont au nombre de trois :

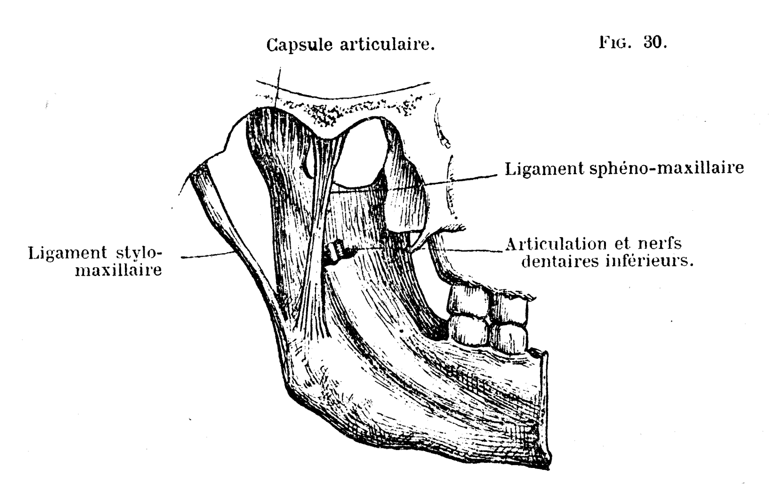
Le ligament sphéno-maxillaire ;
Le ligament stylo-maxillaire ;
Le ligament ptérygo-maxillaire.

*Le ligament sphéno-maxillaire* s'insère en haut sur l'épine du sphénoïde et aussi au fond de la cavité glénoïde, au voisinage de la scissure de Glaser, puis, se dirigeant en bas et en dehors, il se divise en deux feuillets : un feuillet supérieur et externe, plus court qui s'attache au col du condyle où il se confond avec la partie interne de la capsule et un feuillet inférieur ou interne qui s'attache à l'épine de Spix ou au voisinage de l'orifice du canal dentaire. Ce dernier sépare les vaisseaux et nerfs dentaires qui cheminent sur la face interne de l'os, du muscle ptérygoïdien interne.

*Le ligament stylo-maxillaire* n'appartient pas, à proprement parler à l'articulation, c'est une bandelette aponévrotique servant à des insertions musculaires. Elle se porte de l'apophyse styloïde à l'angle du maxillaire inférieur.

*Le ligament ptérigo-maxillaire*, ou aponévrose buccinato-pharyngienne, est un simple cordon fibreux, souvent peu perceptible, allant du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde à la base de l'épine de Spix. Ce ligament est un point d'insertion ou aboutissent, en avant, le muscle buccinateur, en arrière le constricteur supérieur du pharynx.

Fig. 30.




**Face interne de l'articulation temporo-maxillaire.**

## Moyens de glissement.

Ils sont formés par deux synoviales :

L'une est à la face supérieure du ménisque inter-articulaire, elle est plus étendue et plus lâche que l'inférieure. Elle se fixe en bas, sur le pourtour du ménisque inter-articulaire, et en haut, sur les mêmes points que la capsule fibreuse, c'est-à-dire au bord antérieur de la racine transverse, au tubercule zygomatique, au bord antérieur de la scissure de Glaser.

Cette synoviale communique souvent avec la synoviale inférieure par l'orifice que nous avons signalé à la partie médiane du ménisque inter-articulaire.

La synoviale inférieure se fixe en haut sur le ménisque inter-articulaire, en bas sur le col du condyle ; elle est moins lâche que la précédente, ce qui explique pourquoi le col du condyle est lié plus intimément au ménisque inter-articulaire que la cavité glénoïde.

Nous verrons dans la physiologie l'utilité de cette disposition.

## Rapports.

Ils sont nombreux et importants et se font avec la *glande parotide,* placée immédiatement au-dessous de l'articulation.

*Des muscles.*

Le tendon du temporal placé en avant ;
Le masséter en dehors ;
Le ptérygoïdien externe en dedans.

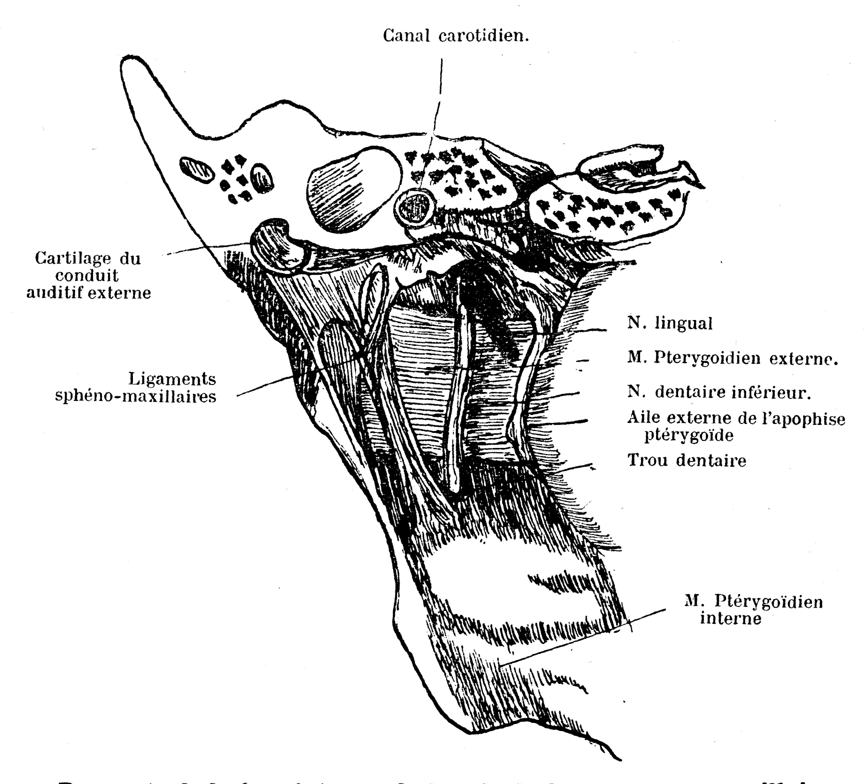
*Des nerfs.*

Le nerf facial est situé en arrière et en dessous ;
Le nerf auriculo-temporal contourne la partie postérieure du col du condyle et remonte ensuite en dehors de l'articulation.

*Des vaisseaux.*

L'artère temporale superficielle se trouve en arrière et en dehors ; la maxillaire interne, en dedans et en bas.

Fig. 31.




**Rapports de la face interne de l'articulation temporo-maxillaire.**

Il faut encore remarquer que le condyle n'est séparé du conduit auditif externe que par une mince lame osseuse qui en constitue la paroi antérieure. Aussi, par une pression brusque exercée sur le menton, on peut déterminer une fracture de cette lame et par suite, une otorrhagie.

L'un des meilleurs symptômes de cette lésion est la douleur qu'éprouve le malade dans les mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire.

Le rapport de ces deux parties fait qu'une otite externe peut se propager en inflammation de l'oreille externe à l'articulation, de même qu'une arthrite de l'articulation à l'oreille externe.

Le condyle de la mâchoire est situé immédiatement en avant du tragus, où il forme une saillie très appréciable à l'œil et au toucher.

C'est là qu'existe le point douloureux à la pression dans l'arthrite temporo-maxillaire.

Ce rapport avec le tragus est encore important. Si l'on regarde cette petite région, on voit que les mouvements de mastication y font succéder une dépression à une saillie. La dépression constante est un signe de luxation temporo-maxillaire; il est très important à consulter dans les cas de luxation unilatérale.

## Vaisseaux et nerfs.

Les artères de cette articulation sont fournies par l'artère temporale superficielle et la maxillaire interne.

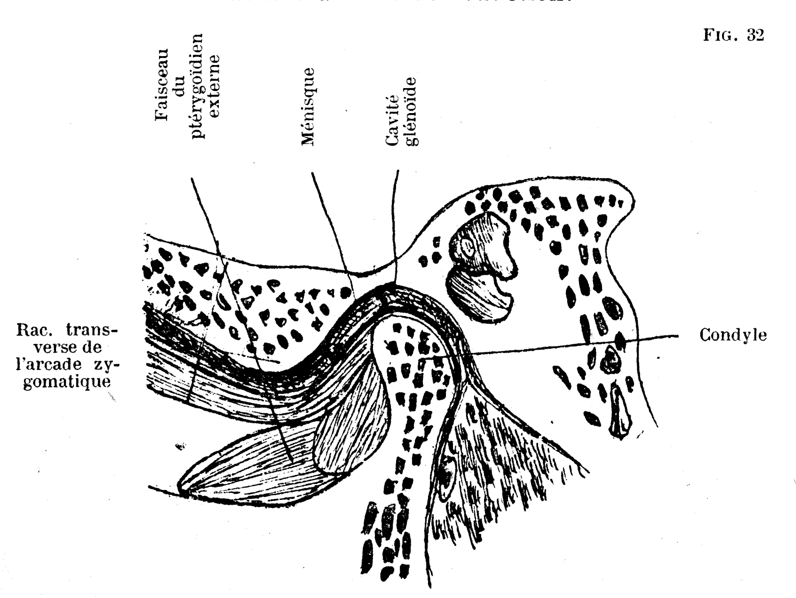
Les nerfs sont fournis par le nerf auriculo-temporal et par le nerf massetérin, branches du trijumeau.

## Physiologie.

L'articulation de la mâchoire possède trois ordres de mouvements :

1° Mouvements d'abaissement et d'élévation ;
2° — de projection en avant et en arrière ;
3° — de latéralité ou de déduction.

FIG. 32



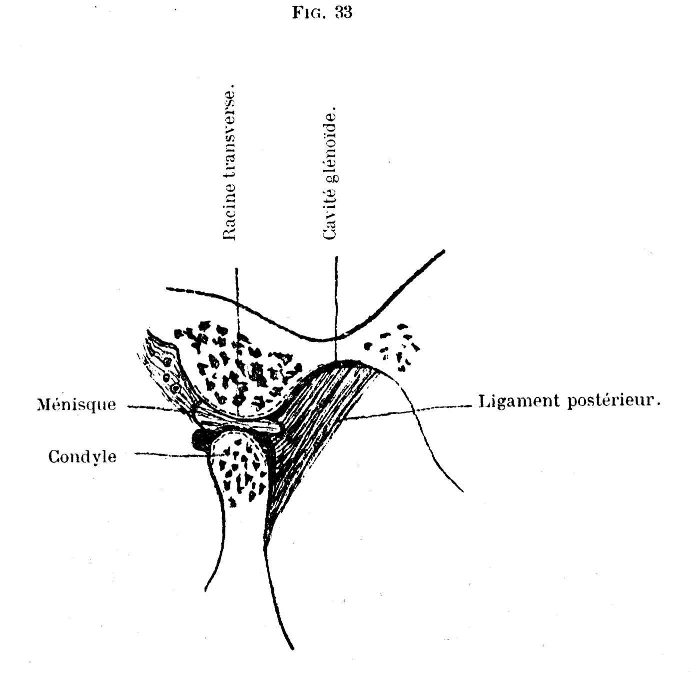

**Articulation temporo-maxillaire au repos.**

**1er mouvement :**

*Abaissement.* — Pour exécuter ce mouvement, les condyles glissent d'arrière en avant dans la cavité glénoïde, s'engagent sous la racine transverse de l'apophyse zygomatique par un mouvement brusque, et alors le menton et l'angle de la mâchoire décrivent un arc de cercle de haut en bas et d'avant en arrière.

Une ligne transversale passant par l'orifice du canal dentaire inférieur représente l'axe du mouvement.

Fig. 33




**Articulation temporo-maxillaire en action.**

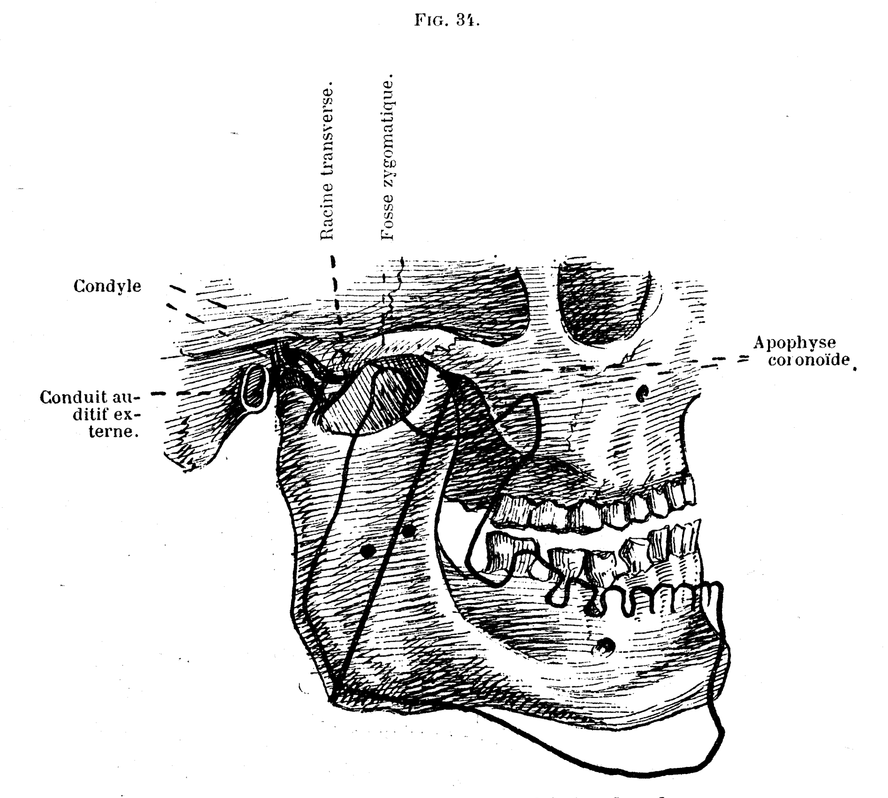
Dans ce mouvement le condyle entraîne avec lui le ménisque inter-articulaire, il part donc du fond de la cavité glénoïde et glisse sous la racine transverse de l'apophyse zygomatique. L'union de ce condyle est telle que, même dans la luxation, le ménisque n'abandonne jamais le condyle. Il est même un obstacle à la réduction de la luxation. La cause de cette inséparabilité réside dans le resser-

rement inférieur de la capsule et dans l'union du ptérygoïdien externe au col du condyle.

Mais si le mouvement que j'indique est plus prononcé, le condyle passe en avant de la racine transverse et se loge sur une surface plane préarticulaire, il n'y a pas luxation. Il n'y a luxation que lorsque cette surface plane préarticulaire est franchie, le condyle pénètre dans la fosse zygomatique et ne peut rentrer dès lors dans sa cavité naturelle que moyennant une intervention.

Je vous prie, Messieurs, de rapprocher cette figure 34 montrant les rapports d'une luxation des figures 32 et 33 où sont figurés les rapports normaux de l'articulation au repos et en action.

Fig. 34.




**Articulation temporo-maxillaire luxée**

L'abaissement est donc déterminé par le concours des ptérygoïdiens externes qui attirent en avant le condyle se contractant

simultanément avec les muscles de la région sus-hyoïdienne : le digastrique, le stylo-hyoïdien, le mylo-hyoïdien, le génio-hyoïdien et ceux de la région sous-hyoïdienne : le sterno cleydo-hyoïdien, l'omo-hyoïdien, le sterno-thyroïdien, le thyro-hyoïdien, qui l'attirent en bas. Plus tard nous étudierons ces muscles.

*Élévation.*

Pour ce mouvement, le condyle glisse d'avant en arrière sur l'apophyse transverse et s'enfonce autant qu'il le peut dans la cavité glénoïde. La rencontre pour le condyle de la face antérieure du conduit auditif externe de l'apophyse styloïde et des arcades dentaires des deux maxillaires arrête ce mouvement d'élévation. Les maxillaires n'arriveraient point au contact pour le vieillard édenté, si les condyles ne glissaient point chez eux en arrière de la scissure de Glaser.

Cette élévation se fait par le relâchement des muscles sus et sous-hyoïdiens, par l'élasticité de la peau des joues, la tonicité des muscles élévateurs. Mals ces muscles, le temporal, le masseter, le ptérygoïdien interne n'entrent en jeu que dans l'acte de la mastication.

## 2e mouvement.

*Projection en avant et en arrière :*

Dans ce mouvement, tandis que les muscles élévateurs restent légèrement contractés, le maxillaire inférieur s'abaisse un peu pour dégager les incisives inférieures des incisives supérieures. Les dents abandonnent leur contact, ce qu'en dentisterie on nomme : l'articulation. Alors les muscles ptérygoïdiens externes se contractent et portent les condyles au-dessous de la racine transverse de l'arcade zygomatique. Il peut ainsi s'avancer de un centimètre et demi environ.

Les ligaments sont tendus dans ce mouvement, la tension de ces ligaments en arrière et le relachement du ptérygoïdien externe ramènent le condyle en arrière. L'articulation reprend sa position normale.

**3e mouvement.**

*Latéralité.*

Dans ces cas un des condyles sort de sa cavité et décrit un petit arc de cercle dont le centre est représenté par l'autre condyle demeuré dans la cavité glénoïde. Les ligaments de l'articulation du côté du condyle qui se meut sont fortement tendus dans ce mouvement. Suivant Bérard le condyle autour duquel se fait le mouvement se porte un peu en arrière et en dehors.

C'est à la disproportion de la tête du condyle et de la cavité glénoïde, que l'on doit l'étendue de ces mouvements que limite seulement l'opposition que se font l'un à l'autre les deux condyles.

La disposition de ces deux condyles permet de rapprocher l'articulation temporo-maxillaire de celle du genou qui est une articulation trochléenne.

L'articulation temporo-maxillaire entre en jeu pour la mastication et pour la parole.



Bordeaux. — Imprimerie des 4 Frères, rue Mondenard, 82.

# TRIBUNE PROFESSIONNELLE GRATUITE

Ouverte à MM. les Chirurgiens-Dentistes

**Cabinet à vendre** Excellente affaire pour mécanicien patenté, beaucoup plus de prothèse que de soins. Pour tous renseignements, s'adresser avec timbres pour réponse, à M. **Joseph Fouyer**, Villa des Roses. — Bagnolls. — Gard.

**Occasion** pour mécanicien patenté ou jeune diplômé. — Dentiste des Hautes-Pyrénées désirerait céder ou faire gérer un cabinet fondé depuis plusieurs années. — Facilités pour traiter S'adresser au bureau du journal.

**A céder** Cabinet dentaire bien situé à Bordeaux, avec ou sans installation. — S'adresser à M. Michel, cours Victor-Hugo, 172, Bordeaux.

**Pour cause de décès,** vente du Cabinet dentaire de M. BENÈS. — Excellentes conditions. — S'adresser à Mme BENÈS, à Brive (Corrèze).

**Occasion à saisir.** Bon Cabinet fondé depuis six ans à Vichy. Affaires 6 à 7000 francs en trois mois, pouvant être doublées en y restant l'année. Durée du bail : 6 ans. Loyer : 1.200 fr. S'adresser à Me Victor LICHTSCHLAG, à Vichy-Hivès, à Nice.

**A céder** dans la plus grande ville de l'Ouest, un Cabinet dentaire fondé en 1885 et faisant 30,900 fr. d'affaires. — Prix demandé ; 50,000 fr., moitié comptant. On prendrait l'acquéreur comme opérateur mécanicien, pendant deuv ou trois ans.

**Cabinet dentaire,** à vendre ou à gérer. Avantageusement connu, à 30 kilomètres de Bordeaux. — Prix moderées. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Merceron, Chirurgien-dentiste, rue d'Arès, 140. Bordeaux.

**Pour cause de décès,** vente du cabinet dentaire de M. GIRONI situé à Nice, 4, rue Masséna. Etabli depuis 30 ans, situation exceptionnellement bonne. — Pour renseignements, s'adresser à Mme Ve Gironi, 4, rue Masséna.

**Elève du Dr Bing, bon opérateur,** connaissant bien l'aurification, couronnes et travaux à ponts, etc., désirerait une place à Paris, province ou aux colonies. Ecrire S. D. L., 45, quai de Courbevoie (Seine.)

**Pour cause de décès.** vente d'un bon Cabinet sis à Bordeaux. Exigences modestes. — S'adresser cours Saint-Jean, 60.

**Pour cause de maladie.** A vendre un bon cabinet situé à 40 kilomètres de Bordeaux. Bonnes conditions, S'adreser chez M. Charbonneau, 69, rue de la Devise. Bordeaux.

**Monsieur Perrier-Nédey,** Chirurgien-dentiste patenté, a l'honneur de prévenir MM. les Docteurs et Chirurgiens-dentistes, établis en France, Algérie et Tunisie, qu'il se tient à leur disposition pour l'intérim de leur cabinet, pendant leurs absences, maladies, etc., comme opérateur et mécanicien. Pour tous renseignements et conditions, lui écrire à Marseille, Boulevard Dugommier, 4. Sur demande, sa photographie sera envoyée.


SOCIÉTE CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KELENE

A LOUER